

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL		
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN				
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	Margot Cecilia Parra Galindo		NIT/ CC No.	51870703	
CORREO ELECTRÓNICO	mparrag@invima.gov.co		TELÉFONO	3124385340	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		(En caso de Otro tipo de Cto indique cuál)		
No. CONTRATO	(464- 2024)		TERMINO DE EJECUCIÓN	(Seis (6) meses)	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN LAS ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS RESPECTO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS ATENDIDOS POR LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS AL INVIMA				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-02-05	FECHA DE INICIO	2024-02-05	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-08-04
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 13.200.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 11.000.000	VALOR A PAGAR	\$ 2.200.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 8.800.000	VALOR PAGADO	4.400.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 2)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.		PERIODO OBJETO DE PAGO	(05 de Marzo al 04 de Abril del 2024)
BANCO	Davivienda	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	2870529472
2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO					
(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)					
3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES					
En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:					
Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato					
Informe de actividades	SI		Facturas	N/A	
Pago Parafiscales	NO		Ingreso a Almacén	N/A	
SGSSI	SI		Documentos a cargo	N/A	
Carné	NO		Otros. Cuales?	N/A	
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA		75611245			
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	Marzo	2024-04-02	162.500	Sanitas	
ARL	Marzo	2024-04-02	6.800	Positiva	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.					
5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					
1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. 2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.					
En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.					
Fecha de expedición de la presente certificación:		AAAA	MM	DD	
		2024	4	4	
		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS JEFE (E) DE OFICINA DE ATENCION AL CIUDADANO -SUPERVISOR CONTRATO 464 DE 2024		Consecutivo:			
NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51870703-0	MARGOT CECILIA PARRA GALINDO	CARRERA 53 4B 18	4678705	margotcila_22@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	1	02/04/2024	75611245	\$169.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]**TOTALES PENSIÓN**

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solididad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	------------------------	----------------------------	-----------------------------	------------------------	---------------------------	-----------	-----------------------	----------------	---------------	---------------

TOTALES RIESGOS LABORALES[illegible]**TOTALES CAJAS**

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	169.300	169.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51870703-0	MARGOT CECILIA PARRA GALINDO	CARRERA 53 4B 18	4678705	margotcila_22@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	1	02/04/2024	75611245	\$169.300

[illegible]

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	(No. de contrato y año) 464- 2024		
CONTRATISTA:	Margot Cecilia Parra Galindo	NIT / C.C No. :	51870703
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN A LA OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN LAS ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS RESPECTO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS ATENDIDOS POR LAS COMPETENCIAS ASIGNADAS AL INVIMA		
VALOR DEL CONTRATO	\$13.200.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	05/02/2024	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO:	2024-02-05	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024-08-04
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2024-03-05	HASTA:	2024-04-04
PAGO NÚMERO:	2	DEPENDENCIA:	Oficina de Atención al Ciudadano
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	JORGE WILLIAM GIL VILLEGAS		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Informar a la ciudadanía los trámites y servicios institucionales que requieran adelantar ante el INVIMA	Apoyo mediante orientación telefónica, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades al jefe de la oficina Jorge William Gil Villegas
2	Brindar apoyo en el desarrollo de las jornadas de orientación o acompañamientos técnicos proyectados para la vigencia 2024.	Apoyo mediante orientación telefónica, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades al jefe de la oficina Jorge William Gil Villegas
3	Brindar apoyo en las respuestas de las consultas y peticiones competencia de la Oficina de Atención al Ciudadano y las asociadas al objeto contractual.	Apoyo mediante orientación telefónica, virtual y presencial identificando las posibles inconsistencias de los tramites	Informe de actividades al jefe de la oficina Jorge William Gil Villegas
4	Apoyar en la elaboración del informe mensual que se debe presentar al supervisor del contrato alusivo a la ejecución y desarrollo de las jornadas de orientación o acompañamientos técnicos.	Respuesta a peticiones presentadas por usuarios mediante orientación	Informe de actividades al jefe de la oficina Jorge William Gil Villegas

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A
2.			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD
.....			AAAA-MM-DD	AAAA-MM-DD

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de Marzo del año 2024.

(Aplica para los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, celebrados con persona natural.)

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
2	2.200.000	1.300.000	30	169.300	75611245	Mi planilla

Nota: en caso de personas jurídicas, se deberá presentar certificación expedida por el revisor fiscal de acuerdo con los requerimientos de ley. En caso de que la persona no se encuentra obligada a tener revisor fiscal, dicho certificado deberá ser suscrito por el representante legal bajo la gravedad de juramento. La certificación será sobre el pago de aportes de sus empleados a los sistemas de salud, riesgos laborales, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA – cuando aplique.

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	13.200.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	4.400.000
Saldo del contrato	8.800.000

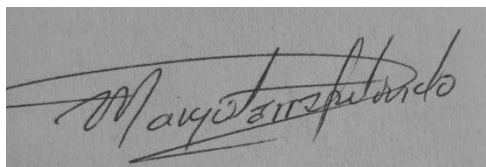
	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2		

Nota: La publicación se hace posterior al diligenciamiento de los formatos y con anterioridad al trámite de pago, el supervisor verifica que el contratista cargue en la plataforma SECOP II los documentos en PDF con el nombre PAGO N° 02.

Atentamente,



Firma
Margot Cecilia Parra Galindo
Contratista
C.C. No. 51.870.703

Recibí a satisfacción:



Firma
Jorge William Gil Villegas
Jefe Oficina de Atención al Ciudadano
Supervisor(a) Contrato 464 de 2024